ES CONDITIONS D'INTERVENTION DANS LES TUMEURS DE LA VESSIE

Par M. **Octave Pasteau**,
cien Chef de clinique des maladies des voies urinaires
de la Faculté à l'hôpital Necker.

Extrait du **Paris Chirurgical**.
Février 1909.
A. Maloine, Éditeur. Paris.

LES CONDITIONS D'INTERVENTION
DANS LES
TUMEURS DE LA VESSIE

Les conditions d'intervention

dans les

Tumeurs de la Vessie (1)

L'étude des conditions d'intervention dans les tumeurs de la vessie est fort intéressante, et je profite volontiers de l'occasion qui m'est donnée aujourd'hui d'aborder cette question, d'autant que sur plusieurs points je ne puis pas me rallier aux conclusions qui nous ont été présentées.

Si j'ai bien compris M. Cathelin (2), dans quelques années, « ouvrir une vessie » pour tumeur, « sera presque une faute » ; en effet, s'il s'agit d'une tumeur bénigne, il serait indiqué de l'enlever par les voies naturelles, et s'il s'agit d'un cancer, il ne faudrait jamais y toucher.

A mon avis, la question est loin d'être ainsi établie, et d'ailleurs elle me paraît beaucoup moins simple. En effet, d'une part, je ne crois pas que « le diagnostic des tumeurs vésicales soit toujours facile à faire », même par la cystoscopie (j'entends parler d'un diagnostic complet), et d'autre part, *suivant le diagnostic posé, il reste encore à discuter entre les indications des diverses opérations*, tailles ou opérations endo-vésicales, car ces dernières ne sont pas applica-

(1) Communication faite à la *Société des Chirurgiens de Paris* (séances des 19 et 26 février 1909).

(2) F. Cathelin. *Ibid.* (Séance du 19 février 1909).

bles à tous les cas de tumeurs, et la taille n'est pas encore rayée du nombre des interventions qu'il faut pratiquer.

Les conditions opératoires dans lesquelles le chirurgien peut se trouver en présence d'une tumeur vésicale sont multiples.

Pour plus de clarté, je les réunirai en groupes bien nets :

a). — *Cas dans lesquels l'indication de la taille est formelle ;*

b). — *Cas dans lesquels la taille est contre-indiquée ;*

c). — *Cas dans lesquels tailles ou opérations endo-vésicales peuvent au besoin être faites.*

Tout d'abord, *il y a des cas où l'intervention à faire n'est pas discutable ;* c'est ainsi que :

A. — *La taille est indiquée* nécessairement quand il existe un empêchement absolu de passer un instrument suffisant par l'urètre, parce que la prostate est trop volumineuse, parce que le canal trop étroit ou trop peu souple ne peut pas être mis suffisamment en état ; — quand la vessie a une capacité trop réduite ou est devenue trop irritable pour qu'on y puisse manœuvrer les instruments nécessaires ; — quand la tumeur à enlever est trop volumineuse, ou bien quand il s'agit de tumeurs multiples et arrivées déjà à un certain volume ; — quand les tumeurs ont envahi une grande partie de la surface vésicale.

La taille reste également l'opération nécessaire si on veut tenter l'ablation complète d'une tumeur infiltrée ou d'une tumeur largement sessile (Je n'envisage pas ici la question de savoir s'il est préférable ou non d'enlever une tumeur de ce genre ; je dis seulement que si on opère, on ne peut opérer que par taille).

De même, la taille reste l'opération de choix, à moins d'exception, lorsque, avec la tumeur, il existe une autre lésion susceptible de guérison ou d'amélioration par le fait de l'ouverture de la vessie. S'il existe, par exemple, tout ensemble un calcul et une tumeur, il sera plus simple par une même opération de tout enlever à la fois.

Enfin, on peut encore être amené à faire la taille, non pas à cause de la tumeur elle-même, mais pour remédier à des accidents graves, véritables complications suffisantes pour indiquer la cystotomie. Je citerai en particulier les hémorragies profuses, la présence de caillots multiples, l'existence de douleurs intenses et prolongées non cal-

mées par les autres moyens, les phénomènes d'infection : cystite ou infection rénale. On m'objectera sans doute qu'ici, il ne s'agit souvent que d'opérations palliatives, qu'on ne traite pas la tumeur à proprement parler, qu'on opère « dans » un cas de tumeur vésicale, et non pas « pour » la tumeur vésicale elle-même ; mais cela n'est pas toujours exact, et tous nous avons souvenir d'avoir décidé des interventions pour des complications, alors que nous avons pu ensuite enlever la tumeur et faire une opération curatrice.

B. — *La taille est contre-indiquée* dans d'autres cas bien déterminés, par exemple quand l'état général du sujet ne peut pas lui permettre de supporter l'opération ; — quand l'état du cœur ou des vaisseaux ne permet pas la déclivité rendue indispensable par le volume de l'abdomen ; — quand le diabète ou l'hémophilie compliquent gravement la situation ; — quand l'anesthésie générale est contre-indiquée, encore qu'aujourd'hui l'emploi de la rachi-anesthésie puisse reculer les limites de l'intervention.

Je citerai à ce propos pour mémoire le cas d'une malade de 59 ans que j'ai opérée avec succès en novembre 1907 en réséquant tout le sommet de la vessie, alors que l'anesthésie générale avait été absolument refusée par le médecin appelé en consultation.

On peut encore faire entrer dans les contre-indications de la taille les cas de récidives multiples, dans lesquels il devient vraiment impossible de rouvrir sans cesse la vessie.

C. — Restent les observations où *le genre de l'intervention est discutable*. Ici, je me rapproche de certaines idées émises par M. Cathelin, mais à la condition de bien limiter la question et de poser des indications opératoires précises. Il importe en effet d'éviter une généralisation trop hâtive et de ne pas compromettre par des conclusions trop absolues un procédé opératoire encore peu employé, mal connu, souvent méconnu même, et qui est néanmoins susceptible de donner d'excellents résultats.

Je dirai plus loin combien de fois et dans quelles conditions j'ai été amené à pratiquer des opérations endo-vésicales ou des tailles pour tumeurs. Je voudrais auparavant insister sur les difficultés du diagnostic cystoscopique et expliquer quelles sont, à mon avis, les « *conditions cystoscopiques* » *qui permettent de juger de* « *l'opérabilité* » *des tumeurs par la voie endo-vésicale.*

Différents éléments doivent être pris en considération :

a. — Nombre des tumeurs. — L'opération cystoscopique est surtout indiquée quand il s'agit d'une *production unique* ou de *tumeurs peu nombreuses.* Si on opérait en cas de tumeurs très nombreuses, étant donné que pour chacune d'elles il faut souvent plusieurs séances, le traitement serait par trop long. Autant dire qu'il resterait toujours quelque chose à faire.

Il y a pourtant des cas de tumeurs très nombreuses dans lesquelles il faut savoir préférer la voie endo-vésicale : c'est quand il s'agit de petites productions polypiformes si menues qu'il serait impossible de les distinguer sur la muqueuse une fois la vessie ouverte. C'est un fait bien connu maintenant et sur lequel j'ai déjà appelé l'attention il y a plusieurs années, qu'il est plus facile d'examiner une surface vésicale au cystoscope qu'au cours de la taille largement faite et dans les meilleures conditions. Donc *si les tumeurs sont essentiellement petites, bien que multiples, on devra exceptionnellement choisir la voie endo-vésicale.*

b. — Volume. — Une petite tumeur sera plus facilement enlevée par la voie endo-vésicale, soit qu'on sectionne d'emblée son pédicule, soit qu'on procède par morcellement. La possibilité de séances répétées permet d'enlever des tumeurs d'un certain volume, mais *plus le polype sera volumineux, moins la voie endo-vésicale sera indiquée, à moins que toute autre opération ne soit absolument impossible.* A mon avis, le volume d'une noisette ou d'une amande marque dans les conditions normales les limites de l'ablation cystoscopique.

c. — Contours. — Pour que l'opération endo-vésicale donne de bons résultats, *il faut que le contour de la tumeur soit net* et tranche franchement par son aspect sur les parties voisines. Il faut pouvoir diagnostiquer avec certitude ce qui appartient à la tumeur de ce qui est à la muqueuse avoisinante non atteinte par le néoplasme.

Si ces détails sont ordinairement faciles à connaître lorsqu'il n'existe pas encore d'infection vésicale, le diagnostic est autrement délicat quand il existe de l'infection, avec ulcérations sur la tumeur ou à son voisinage, œdèmes aux aspects multiples, hémorragies interstitielles ou suffusions sanguines intra-muqueuses.

d. — Surface. — La surface d'une tumeur vésicale peut être

absolument caractéristique d'un polype bénin. Si le nombre, l'aspect, la forme, l'étendue, la couleur, la mobilité des franges ne prêtent à aucune erreur, on peut même assurer d'emblée que la tumeur est pédiculée. *Les cas typiques semblent faits pour l'opération endo-vésicale*, mais il n'en est pas toujours ainsi et j'estime que le seul aspect cystoscopique, contrairement à ce qu'on peut prétendre, n'est pas toujours susceptible de permettre un diagnostic certain entre le polype bénin, le papillome simple et le néoplasme malin, même s'il n'y a pas de cystite. Et d'ailleurs, alors même qu'on a posé nettement le diagnostic de papillome, n'y a-t-il toujours que cela ? Faut-il rappeler la fréquence de l'infiltration larvée, indécelable par les différents procédés d'exploration clinique ? Donc, s'il est commode de faire des schémas et de « diviser les tumeurs vésicales en deux grandes classes, les tumeurs bénignes ou polypes et les tumeurs malignes ou cancers », il est moins facile souvent de les distinguer à coup sûr et de certifier qu'en abrasant la saillie et en cautérisant le pédicule, on a fait vraiment un travail chirurgical complet.

e. — *Pourtour*. — Au pourtour de la tumeur, on peut trouver d'autres tumeurs du même genre, véritables greffes se présentant parfois sous l'aspect d'un semis irrégulier qu'il faudra détruire avec la tumeur principale.

Mais le diagnostic revêt surtout une grande importance quand il existe des *ulcérations avoisinantes*, car *il importe d'être bien fixé sur leur nature* avant de s'embarquer dans une intervention. Ulcérations simples ou cancéreuses sont parfois difficiles à différencier surtout quand les premières siègent sur une surface œdémateuse, irrégulière et bosselée. Et ce sont là autant de détails qui empêchent qu'on se lance d'emblée dans une intervention endo-vésicale ou qu'on considère comme démontrée la guérison complète après la taille.

f. — *Pédiculisation*. — La question de la pédiculisation des tumeurs que j'ai réservée jusqu'ici, est en l'espèce une des plus importantes, car *si la tumeur est pédiculée, elle est plus souvent bénigne, et d'autre part, l'exérèse endoscopique en est plus facile*. Je n'insisterai pas sur la manière dont il faut chercher la pédiculisation dans les tumeurs vésicales, c'est là une question de technique qui

m'entraînerait trop loin et qui ne rentre pas dans le cadre de notre discussion ; je dirai seulement qu'on a souvent de grandes difficultés pour voir le pédicule des tumeurs les mieux pédiculées, et qu'il faut même parfois arriver à ce diagnostic sans avoir pu voir nettement le pédicule lui-même.

Quoi qu'il en soit, il faut absolument avoir sur ce point des renseignements précis. *Les tumeurs mal pédiculées ne sont pas de bonnes tumeurs à enlever avec le cystoscope; elles sont, à moins de contre-indications, réservées à la taille.*

g. — *Vascularisation de la tumeur.* — Il est prudent de rechercher, avant de se déterminer à une opération endo-vésicale, si la tumeur est très vasculaire. On arrive à avoir sur ce point des renseignements assez précis, *en recherchant s'il existe des battements,* et, s'il est possible, *en regardant par transparence les vaisseaux au niveau du pédicule.* Si la tumeur bat vraiment (je ne parle pas des tumeurs qui sont soulevées par les battements de vaisseaux du voisinage) ou s'il existe des vaisseaux assez volumineux, une opération endo-vésicale pourra se compliquer singulièrement, soit qu'on détermine un saignement abondant au moment de la section du pédicule, soit que le saignement ne se montre que les jours suivants, à la suite de la chute de l'eschare produite par la cautérisation du point d'implantation.

Voilà quels sont, à mon avis, les points de diagnostic cystoscopique sur lesquels il importe d'être bien documenté avant de se déterminer pour une opération cystoscopique de tumeur de la vessie. Ai-je compliqué le tableau ? Je ne le crois pas et si j'ai insisté sur des détails, c'est qu'ils ont en l'espèce une importance capitale. Faute d'avoir tout bien examiné et pesé, on s'expose, soit à faire une opération contre-indiquée, parce qu'incomplète, soit à tenter une opération impossible ou vouée à des complications dont l'hémorragie est une des principales. Je sais bien que dans ces cas le malade n'est pas nécessairement perdu et que la taille reste en réserve pour parer aux accidents, mais n'aurait-il pas mieux valu alors faire cette taille d'emblée et ne pas la reléguer dans le domaine des opérations à ne plus faire ?

Je ne fais pas ici le procès des opérations endo-vésicales. Je leur

connais des indications et je sais en apprécier la valeur. En France j'ai été un des premiers à les pratiquer, je suis allé à Berlin en apprendre la technique sous la direction et avec les conseils de Nitze lui-même.

J'ai fait construire des instruments et c'est avec plaisir que j'ai entendu notre collègue Cathelin vanter les avantages des instruments opératoires portés sur l'extrémité d'une sonde urétérale. Dès 1899 je me suis occupé de cette question, et j'ai fait faire des crochets pour corps étrangers, des cautères pour opérations endo-vésicales ; je me sers aussi de l'anse de Krœmer que j'ai fait modifier pour qu'on puisse atteindre plus facilement les tumeurs situées un peu loin du col ; j'utilise également les instruments de Nitze et si la question vous intéresse, je pourrai vous montrer sous peu un nouveau modèle de cautère endoscopique.

Les conclusions que j'apporterai en finissant sont basées sur trente observations personnelles d'opérations pour tumeurs vésicales (je parle seulement de tumeurs vraies, de néoplasmes au sens précis du mot, sans y faire rentrer la tuberculose ou les cystites variées leucoplasiques ou autres).

Sur ces trente opérations, j'ai fait six fois une opération endo-vésicale et vingt-quatre fois la taille.

Des malades opérés par voie endo-vésicale, l'une était une femme qu'on avait taillée six mois auparavant pour papillome ; l'état général était mauvais. La récidive se présentait sous la forme de papillomes petits et disséminés ; je fis avec l'appareil de Nitze des cautérisations répétées de ces tumeurs que j'attaquai les unes après les autres dans des séances successives. Au bout de quelques semaines, la malade qui d'ailleurs ne saignait plus et dont l'état général était remonté, abandonna le traitement, qu'elle considérait comme trop long. — La deuxième, âgée de 60 ans, présentait sur la partie gauche du col vésical une tumeur pédiculée que je pus enlever facilement avec un tube endoscopique, et dont je cautérisai l'insertion ; dix mois après, je pus constater que la guérison s'était maintenue. — La troisième malade, âgée de cinquante et quelques années, avait elle aussi un très petit polype situé sur la partie droite du col, à mi-distance du col et de l'orifice urétéral ; je pus en une seule séance cautériser suffisamment la tumeur pour en faire une destruction com-

plète et profonde ; la malade, revue plusieurs semaines après, présentait au niveau de la partie cautérisée une surface lisse et bien cicatrisée. — La quatrième malade, femme de 40 à 50 ans, présentait deux polypes nettement pédiculés, situés sur la partie latérale gauche de la vessie, dans sa partie inférieure ; en deux séances avec l'instrument de Nitze, je pus détruire presque complètement la plus petite des tumeurs qui avait le volume d'une petite noisette ; puis la malade lassée d'un traitement à séances répétées, trouva des prétextes pour suspendre le traitement. — Deux autres malades, un homme de 55 ans et une femme de 73 ans, sont opérés depuis trop peu de temps pour que je puisse en tirer une conclusion utile ; chez la femme cependant, la destruction de la tumeur du volume d'une forte noisette, fut faite avec l'anse froide de Krœmer modifiée par moi et des cautérisations du pédicule, en quatre séances.

Parmi les vingt-quatre malades opérés par la taille, je trouve six tumeurs pariétales extrêmement étendues ou nettement infiltrées, et dix-huit tumeurs pédiculées.

Sur ces dix-huit tailles, je signale deux morts, l'une chez une femme de 45 ans, morte au quatrième jour de l'intervention, par le fait d'une occlusion intestinale (obs. publiée au Congrès français de chirurgie, 1905), et l'autre chez un homme de 53 ans, qui mourut le dix-neuvième jour, complètement cicatrisé, d'une attaque nette d'angine de poitrine. Tous les autres malades ont guéri. Parmi ceux-ci, dix ont pu être suivis.

Une fois, la récidive se fit six mois après l'opération : il s'agissait d'une femme d'une soixantaine d'années, chez laquelle j'avais enlevé deux tumeurs : l'une de la grosseur d'une noix, l'autre de la grosseur d'une noisette ; la récidive eut lieu au niveau de la cicatrice de l'ablation de la plus grosse des tumeurs, et dans cinq ou six points disséminés irrégulièrement dans toute la vessie. — Dans deux autres cas également, il y eut deux ans après une petite récidive bien localisée de la grosseur d'un gros pois, loin de la cicatrice opératoire, soit à l'autre extrémité du diamètre transverse de la vessie, soit sur la face antérieure, presque au sommet. — Dans un autre cas enfin (homme de 50 ans) la récidive eut lieu plus de deux ans après et fut de nouveau opérée par taille.

Chez trois malades, la guérison a été constatée au cystoscope au bout de deux ans ; chez un autre au bout de trois ans.

Deux autres enfin, opérés en 1904, ne présentent encore actuellement aucun signe de récidive.

Sur les six tumeurs pariétales ou infiltrées, j'ai à signaler trois morts survenues les troisième, quatrième, et trente et unième jours après l'opération. Il s'agissait d'ailleurs de malades opérés *in extremis*, affaiblis par l'hémorragie et l'infection, dont les reins étaient pris et chez lesquels j'avais dû tenter une opération de sauvetage. — Chez trois autres malades, je me suis contenté d'un simple drainage hypogastrique, sans toucher à la tumeur elle-même. J'ai obtenu dans les trois cas une cessation durable de l'hémorragie et des phénomènes infectieux ; l'un des malades a vécu deux mois sans souffrances ; une autre des malades, âgée de plus de 60 ans, qui avait au moment de l'opération une pyonéphrose droite, a vidé à peu près complètement son rein, et huit mois après, son état général se maintenait encore dans de très bonnes conditions.

Voilà ce que m'a donné la taille ; ce sont des résultats suffisants pour qu'on ne puisse pas encore dire qu'il faut l'éviter.

Si le perfectionnement des instruments et de la technique endoscopique permet de faire actuellement des opérations endo-vésicales, si les chirurgiens urinaires commencent à comprendre qu'ils doivent savoir employer tous les moyens de traitement, même ceux qui nécessitent un apprentissage particulier, ce n'est pas à dire cependant que les nouvelles opérations vont supprimer les autres. *La taille doit rester ; elle a ses indications à elle, comme les opérations endo-vésicales ont les leurs.*

Pour moi, je considère, sans revenir sur les détails que j'ai donnés précédemment que dans les cas où les deux opérations peuvent également être employées, *il faut recourir à la voie endo-vésicale quand les conditions suivantes sont réunies :*

Absence d'infection rénale ;

Urètre libre et souple sans obstacle prostatique ou autre ;

Tumeurs peu nombreuses, de petit volume, à contours nets, à limites bien définies, présentant franchement les caractères des polypes bénins, bien pédiculés, sans infiltration, et pas trop vasculaires.

J'ajoute qu'il est indispensable d'avoir une instrumentation complète, variée et dont on possède parfaitement le maniement.

Si toutes ces conditions ne sont pas remplies, la taille est préférable, et quoi qu'on dise, peut encore permettre de faire de la bonne et utile chirurgie.

MAYENNE, IMPRIMERIE DE CHARLES COLIN